Über acute traumatische Psychose.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 31. October 1893

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Moriz Borchardt

prakt. Arzt

aus Exin in Posen.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Ludwig Loewenmeyer, prakt. Arzt.

- Cand. med. Louis Keibel.

- Dr. med. Rudolf Lennhoff, prakt. Arzt.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535713_0225

In der Medicin giebt es nicht viele Begriffsnamen, die sich rühmen können, während der ganzen Dauer ihrer Existenz die gleiche Gestalt und gleich reine Bedeutung bewahrt zu haben, ohne jemals zufälligen Missverständnissen, fehlerhaften Auslegungen oder absichtlichen Verdrehungen ausgesetzt gewesen zu sein. Auch die „traumatische Psychose", deren acute Form in folgendem behandelt werden soll, hat ihre Vergangenheit: wie im Procrustesbett hatte sie sich hier eine Kürzung, dort eine Dehnung gefallen zu lassen. Um nun nicht selbst an diesen Vergewaltigungen unbewusst teil zu nehmen, halte ich es für zweckmässig, vorerst den Begriff der traumatischen Psychose klar zu stellen.

Die traumatischen Psychosen repräsentiren keine bestimmte Krankheitsform, sondern werden einzig und allein durch das Band eines gemeinsamen aetiologischen Momentes zusammengehalten, d. i. ein

kürzere oder längere Zeit voraufgegangenes Trauma, im besonderen ein Trauma capitis. Darnach sind traumatische Psychosen Seelenstörungen, die unmittelbar oder mittelbar aus Kopfverletzungen hervorgegangen sind. Eine Complication mit Epilepsie ändert nichts an der Bezeichnung. Dagegen sind die nach allgemeinen Erschütterungen, wie Eisenbahnunfällen u. dergl. oder nach grossen psychischen Insulten — Schreck, Angst, Todesfurcht, — wie sie sich bei Streitexcessen und grossen Unglücksfällen, bei körperlichen Misshandlungen und Züchtigungen einstellen, auftretenden Psychosen, die sich wohl durchgehends erst auf der Basis schwerer Nervenkrankheiten entwickeln, nach Kratter ganz mit Recht nicht unter den Begriff „traumatisches Irresein" einzurechnen. Ebenso werden von ihm auch die sog. „Reflexpsychosen" ausgeschlossen, weil auch hier die Psychose nicht eigentlich durch das Trauma, sondern durch den Reiz einer Narbe bedingt ist, der reflektoriseh motorische Störungen und weiterhin psychische Symptome auslöst.

Die acuten traumatischen Psychosen, d. h. die Seelenstörungen, welche sich unmittelbar an die erlittene Kopfverletzung anschliessen, haben bisher

auffallend wenig Beachtung in der Litteratur gefunden. Es hat dies vor allem seinen Grund wohl darin, dass nur ein verschwindend kleiner Bruchteil der einschlägigen Fälle zur Beobachtung von Psychiatern gelangt, während von den Chirurgen, denen ein weit reicheres Material zur Verfügung steht, die traumatische Geisteskrankheit gemeinhin leider nur als „psychische Störung“ ohne nähere Angabe über Dauer, Verlauf der Symptome u. a. m. abgethan wird. Auf diese Weise nur konnte es kommen, dass die Litteratur erst 7 Fälle von acutem traumatischem Irresein aufweist.

Amelung und Bird scheinen allerdings bereits hierher gehörige Fälle zu Gesicht gekommen zu sein, denn sie schreiben: „Ein Bruch des Schädels mit Impression hat augenblickliche Bewusstlosigkeit zur Folge. Im Verlauf der Heilungsperiode treten Delirien, eine vorübergehende Verrücktheit ein. Gelingt die Heilung . . . . . “

An dieser kurzen Andeutung muss man sich nun aber auch für lange Zeit genügen lassen. Selbst in der im J. 1857 erschienenen klassischen Arbeit L. Schlager's, der doch eine grundlegende Bedeutung für unsere Kenntnisse von den traumatischen Seelenstörungen

zuerkannt werden muss, wird man vergebens nach Ausbeute suchen. Denn von 49 von ihm beobachteten Fällen erkrankten 19 erst nach ungefähr 1 Jahr, die anderen später; der Ausgang war ausnahmslos der in Blödsinn oder Paralyse.

Im J. 1866 veröffentlichte Skae aus Edinburg, wahrscheinlich ohne Kenntnis der vorigen Arbeit, Mitteilungen über eine besondere Species von Psychosen — a natural class or group — „das traumatische Irresein", das nach Kopfverletzungen und Sonnenstich entstehen sollte. Seine Resultate waren folgende:

1) Das traumatische Irresein beginnt in der Regel mit maniakalischer Erregung von verschiedener Dauer und Intensität.
2) Derselben folgt ein chronischer Zustand, in welchem der Kranke reizbar, gefährlich, argwöhnisch ist, und oft Antriebe zum Morde hat.
3) Die hauptsächlichsten Wahnideeen sind die des Stolzes, der Selbstüberschätzung und des Argwohns. Melancholie ist sehr selten.
4) Selten ist Genesung, meist erfolgt Dementia und der Tod durch ein Gehirnleiden.

Aus diesen Thesen sowohl, wie auch aus seinen

ziemlich ungenauen Krankengeschichten lässt sich zur Genüge erkennen, dass auch Skae das acute traumatische Irresein fremd gewesen ist.

Der erste, der überhaupt erst eine Trennung der primär-traumatischen Geistesstörungen von den secundär-traumatischen vornahm, war v. Krafft-Ebing, der im J. 1868 eine Zusammenstellung von 69 ausserordentlich sorgfältig beobachteten Fällen von Kopfverletzung mit consecutiver Psychose veröffentlichte. Auf grund seiner Wahrnehmungen teilte er die traumatischen Psychosen ein in:

1) Fälle, wo die Seelenstörung die alleinige, direkte, meist unmittelbare Folge der Kopfverletzung ist;
2) Fälle, wo auf eine Kopfverletzung nicht sofort die Seelenstörung folgt, sondern ein Stadium prodromorum mit vorwaltenden Erscheinungen gestörter Funktion der Sensibilität und Sinnesthätigkeit den Zusammenhang vermittelt, während das psychische Leben gar nicht verändert ist oder nur Aenderungen der Stimmung, der Neigungen, des Charakters darbietet;
3) Fälle, wo eine Gehirnerschütterung nur eine Praedisposition zu psychischer Erkrankung

hinterlässt, auf der sich — zuweilen erst nach sehr langer Zeit — durch das Hinzukommen occasioneller Momente eine Psychose entwickelt.

Das Krankheitsbild der ersten uns hier interessirenden Gruppe gestaltet sich nach den Darlegungen v. Krafft-Ebing's folgendermassen:

Aus einem an den traumatischen Insult unmittelbar sich anschliessendem Coma von verschieden langer Dauer erwacht der Kranke allmählich, weist aber bereits einen erheblichen Defekt seiner Psyche auf, der — allerdings nur bis zu einem gewissen Grade — wieder zurückgehen kann, in den meisten Fällen aber eine progressive Tendenz besitzt. Unterbrochen wird die Entwickelung dieser sich „ausnahmslos" etablirenden primären Demenz von Zeit zu Zeit von vorübergehenden maniakalischen Erregungszuständen, die wohl auf schreckhafte Hallucinationen zurückzuführen seien. Mit diesem psychischen Verfall gehen Hand in Hand als körperliche Begleiterscheinungen sowohl motorische, wie sensible Störungen, die motorischen mehr in Form allgemeiner Coordinationsstörungen, doch auch umschriebener Lähmungen, die sensiblen in Gestalt von Hyper-

aesthesie, vorzüglich der Sinnesnerven: Kopfweh, Schwindel, Gefühl von Klopfen und Hämmern im Gehirn, Ohrensausen und Flimmern vor den Augen.

Jahre lang erfreute sich diese Ansicht v. Krafft-Ebing's absoluter Alleinherrschaft und unbestrittener Giltigkeit, bis ihm im J. 1878 von Wille nachgewiesen wurde, dass sämtliche Fälle seiner ersten Gruppe keine wirklich acuten traumatischen Psychosen wären, da sie subacut eingesetzt und chronischen Verlauf genommen hätten. Dem gegenüber berichtet Wille über 4 von ihm beobachtete Krankheitsfälle, die allerdings vollbegründeten Anspruch auf die obige Bezeichnung machen können. Hier kehrte nach der Commotio cerebri das Bewusstsein vorübergehend zurück; dann aber versanken die Kranken in einen schwer benommenen bis somnolenten Zustand, der an den Abenden regelmässig, öfters aber auch unter Tags mit Zuständen allgemeiner psychischer Erregung in der Form lebhafter verworrener hallucinatorischer Angst-Anfälle mit reactiv-aggressivem Charakter, Neigung zu Gewaltthätigkeit wechselte. Das somatische Verhalten zeichnete sich dadurch aus, dass neben der Unfähigkeit, auf den Beinen zu stehen und zu gehen, Secessus inscii, starre ungleiche Pupillen, Unempfind-

lichkeit des einen Opticus und Acusticus, einseitige Oculomotoriusparese, Hauthyperaesthesie und Starre der Nacken- und Rückenmuskeln bestanden. Dagegen war keine Aphasie, ebenso wenig eine Muskellähmung in den Extremitäten vorhanden. In 2 von 4 Fällen setzte die Krankheit mit mässigem Fieber ein. Was aber diese Fälle ganz besonders bemerkenswert und interessant macht, ist, dass sich nach 2—4 Wochen eine allmähliche Reconvalescenz einleitete mit zunehmender geistiger Frische und anfangs grösseren, später aber immer mehr zusammenschrumpfenden Erinnerungsdefecten. In zwei Fällen kannten die Kranken selbst ihre nächsten Angehörigen nicht mehr, deren Erinnerungsbilder ihnen entschwunden waren. Körperlich bestanden später noch: Schwindel, Innervationsstörungen im Gebiete des Facialis und Hypoglossus, Sehstörungen in Form von Asthenopie und Doppeltsehen, Ohrensausen, wenig Schlaf und Appetit. Mit dem allmählichen Schwinden dieser somatischen Symptome stellte sich die Combinationsfähigkeit wieder ein und kehrte auch die Erinnerung mehr und mehr zurück; schliesslich blieb nur eine Lücke permanent, die sich vom Zeitpunkt der Verletzung bis zum Beginn des gleichmässig

ruhigen Stadiums erstreckte. Erwähnenswert ist noch, dass 2 Kranke diese Lücke mit erfundenen phantastischen Erzählungen auszufüllen suchten, die sie mit solcher Lebhaftigkeit vorbrachten, dass sie subjektiv sicherlich die Ueberzeugung von der Wahrheit derselben hatten. Unter 4 Fällen trat bei 3 schliesslich vollständige Genesung nach 3—6 monatlicher Krankheitsdauer ein. Nur ein Fall blieb geistig verworren und unklar, und voll von Wahnvorstellungen; doch wird von Wille für diesen ungünstigen Ausgang die schwere erbliche Belastung, die Epilepsie und der chronische Alkoholmissbrauch des betreffenden Individuums verantwortlich gemacht.

Der prognostisch ausserordentlich günstigen Auffassung Wille's, der zuvor Huguenin ebenfalls schon Ausdruck gegeben, schloss sich später auch Schüle an, indem er die leichtere, ganz acut einsetzende Wille'sche Form von der 1. Gruppe der v. Krafft-Ebing'schen, die er als die subacute bezeichnete, absonderte. Entschieden zu weit aber geht Schüle, wenn er ausser dieser leichteren noch eine schwere Form von acuter traumatischer Psychose annimmt, die nach ca. 4 Wochen stets letal enden soll. Das ist nach dem ganzen klinischen Verlauf und Aus-

gang, ja sogar nach dem pathologischen Befunde nichts anderes als eine einfache Basilarmeningitis mit allerdings vorwiegend psychischen Symptomen, die darum aber noch nicht das Recht hat, sich eine besondere Form von Geistesstörung nennen zu lassen.

Ausser diesen eben geschilderten Fällen Wille's von acutem traumatischem Irresein existiren in der Litteratur, wie auch Guder berichtet, nur noch drei andere.

Der eine, von J. A. O'Brien beschriebene betrifft einen Mann von 30 J., dessen Bruder als „sonderbar" galt und der selbst früher leicht zu Verstimmungen neigte. Nach einem Sturz vom Pferde stellten sich bei ihm Gedächtnisschwäche, Vergesslichkeit und Gleichgültigkeit ein; körperlich: Schmerzen an der r. Schläfe, übelriechender Ausfluss aus der r. Nasenhälfte, der häufig mit Blut untermischt war. Späterhin machte sich Häsitiren der Sprache bemerkbar, es traten Depressionszustände mit motorischer Unruhe und Schlaflosigkeit auf. Nach einigen Monaten erfolgte Heilung unter Amnesie für den erlittenen Unfall und die darauf folgende Krankheitszeit.

Ueber einen höchst interessanten Fall berichtet v. Bergmann: Ein 52jähriger Mann wird 24 Stunden,

nachdem er vom Wagen gestürzt und besinnungslos liegen geblieben war, in die Klinik gebracht. Bei der Aufnahme fand sich im r. Ohr ein Blutcoagulum vor, die Lider und Umgebung des l. Auges blau suggillirt, sonst keine Zeichen äusserer Gewalteinwirkung. P., noch immer besinnungslos und soporös, bewegt alle Glieder frei; wenn man ihn kneipt, reagirt er kräftig dagegen. Beim lauten Anschreien schlägt er die Augen auf und fragt: „was“. Puls 40 in der Minute, Respiration 24, regelmässig; Temperatur 37,6. Einleitung einer Quecksilberinunctionskur. Nahrung muss eingeflösst werden, da P. nichts zu sich nimmt, vielmehr beständig in apathischem, schlaftrunkenem Zustande bleibt. Am 2. Tage macht sich eine auffallende Muskelstarre am ganzen Körper bemerkbar, sowie man irgend wo den Kranken berührt. Sie hält längere Zeit an und löst sich allmählich. Am 3. Tage geringe Puls- und Temperatursteigerung. Am 4. Tage grosse Unruhe. P. kann nur gewaltsam im Bette zurückgehalten werden. Ist er ruhiger, so liegt er mit offenen Augen da und spricht unverständliches Zeug. Den Harn, der noch Eiweiss enthält, entleert er jetzt selbst. Während der Unruhe steigt der Puls auf 108. In der folgenden Nacht wird P. wieder

unruhig und schläft nun Tag und Nacht nicht. Er delirirt beständig. Sucht man ihn im Bette zu halten, so schreit und schimpft er, fällt über seinen Wärter her und nötigt mehrmals zur Anlegung der Zwangsjacke. Wenn er Harn lassen will, verlangt er darnach und benutzt das ihm dargereichte Gefäss. So geht es bis zum 11. Krankheitstage, dann wird er ruhiger. Temperatur und Puls von da ab wieder fast normal. Sowie P. erwachte, sprach er das unsinnigste Zeug, stieg aus dem Bette, schrie und tobte, aber vergriff sich an seinem Wärter nicht mehr. Auf Zureden des Arztes ging er jedes Mal in sein Bett, schwatzte aber unzusammenhängend weiter. In der Regel fühlte er sich in einem Streit begriffen. Seine Angehörigen, die ihn besuchten, erkannte er, ging aber auf ihre Gespräche und Fragen nicht ein. Am 18. Krankheitstage erschien er, nach gut verbrachter Nacht, nicht mehr so aufgeregt, antwortete auf die Frage nach seinem Befinden, dass er ganz gesund sei, aber wegen verschiedener Verbrechen im Gefängnis sitze. Eine Untersuchung der Hautsensibilität ergab vollständige Anaesthesie der oberen Körperhälfte. In den folgenden 14 Tagen blieb der Zustand der gleiche: irre Reden, aber keine Gewaltthätigkeit.

Die Aufmerksamkeit auf seine Umgebung steigert sich. Er nennt die Ärzte bei Namen, verlangt beständig zu essen und zu trinken und folgt den ihm erteilten Weisungen. Die Sensibilitätsparalyse hält noch an. Erst nach Monatsfrist schwand sie. Bei seiner Entlassung am 48. Tage war er immer noch verwirrt und geschwätzig, gab aber, über verschiedene Dinge befragt, richtige Antworten. Seines Unfalles erinnerte er sich nicht, dankte aber für die ihm in schwerer Krankheit zu teil gewordene Behandlung. Zu Hause gewann er den Gebrauch seiner Geisteskräfte vollkommen wieder.

Der letzte, von Hartmann beschriebene Fall, betrifft einen Mann von 22 J., welcher infolge Hufschlags gegen die linke Hinterhauptseite eine starke Gehirnerschütterung mit Lappenwunde und Blosslegung des Knochens erlitt. Anfangs bewusstlos, erhob derselbe sich dann von selbst und begann derart zu toben, zu schreien und um sich zu schlagen, dass er von 4 Mann kaum bewältigt werden konnte. Es stellten sich mehrmaliges Erbrechen und 2 Mal epileptische Convulsionen ein. Der Anfall dauerte bei abnehmender Intensität mehrere Stunden, die Benommenheit und leichte Unruhe jedoch noch meh-

rere Tage lang. Nach Extraktion des Sequesters wurde P. geheilt unter völliger Amnesie für das Vorgefallene.

Hiermit ist die Anzahl der in der Litteratur verzeichneten Fälle von acutem traumatischem Irresein erschöpft. Wenn am Schlusse seiner Arbeit über Geistesstörungen nach Kopfverletzungen P. Guder im allgemeinen darauf hinweist, dass die Zahl der Veröffentlichungen gut beobachteter Fälle von Geistesstörungen nach Kopfverletzungen sehr gering sei und für den Gerichtsarzt die Mitteilung neuer Beobachtungen und Gutachten wünschenswert erscheine, so gilt dies ganz besonders von der acuten Form. Hier hat darum noch ein jeder casuistische Beitrag, ein so unscheinbares Äussere er auch haben mag, nicht bloss den Wert von Verblendwerk am schon fest gefügten Gebäude; hier kann ein einzelner noch mit gutem Willen viel dazu beitragen, den Bau, der nicht viel über die Fundamente hinaus gediehen, zu festigen und der Vollendung entgegen zu führen. Aus dem Grunde hat es mich mit Freude erfüllt, als mir Herr Prof. Dr. Mendel die Veröffentlichung eines Falles aus seiner consultativen Thätigkeit überliess; die nun folgende Krankengeschichte verdanke ich zum teil

liebenswürdigen Mitteilungen des Herrn Dr. Stern zu Berlin, zum teil habe ich sie dem mir freundlichst zur Verfügung gestellten Journal der Privatheilanstalt von Dr. Oliven zu Pankow entlehnt.

Herr N. N., Zimmermeister, 52 J. alt, verheiratet, wurde am 1. März 1892 infolge Scheuwerdens seiner Pferde aus dem Wagen geschleudert. Er hatte bis zum Tage des Unfalles das Bild eines geistig und körperlich durchaus gesunden Mannes dargeboten, der durch Thatkraft und Fleiss sich zu angesehener Stellung emporgeschwungen hatte und keine hereditäre Disposition zu Psychosen aufwies. Unmittelbar nach dem Sturz soll er bewusstlos gewesen sein und aus dem r. Ohr und r. Nasenloche geblutet haben. Auf der ca. einstündigen Heimfahrt erholte er sich jedoch wieder so weit, dass er im stande war, unter geringer Beihilfe die Treppen zu seiner Wohnung emporzusteigen. Der sogleich hinzugezogene Hausarzt fand den Patienten in soporösem Zustande, aus dem r. Ohr und Nasenloche blutend, mit einer Suggillation des r. unteren Augenlides; den Puls klein, verlangsamt; Respiration oberflächlich; in den ersten 12 Stunden mehrmaliges Erbrechen. Die von ihm gestellte Diagnose einer Fractura bas. cranii wurde später von

Geh. Rat von Bergmann bestätigt. Nach Tamponade des äusseren Gehörganges stand die Blutung bald; die Bewusstseinsstörung dagegen blieb 3 Tage lang ungefähr in gleicher Form bestehen. Der Kranke lag mit geschlossenen Augen ruhig im Bette, schluckte mechanisch Milch und Wasser, die ihm gereicht wurden, und liess regelmässig Harn; letzteres merkwürdigerweise niemals in liegender Stellung, sondern stets vor dem Bette stehend. Es bestanden keine Lähmungserscheinungen, der Kranke konnte seine Glieder nach Gefallen bewegen. Auch Fiebererscheinungen wurden weder jetzt, noch später beobachtet. Vom 4. Tage ab trat eine Wandlung im Krankheitsbilde ein. P. warf sich unruhig im Bette umher, litt absolut keinen Verband und drängte vor allem ständig aufzustehen und nach dem Comptoir zu eilen, woran er schliesslich nur mit Gewalt gehindert werden konnte. Er verkannte dabei sowohl seine Frau, wie auch seinen langjährigen Hausarzt, welch letzteren er für einen Geschäftsfreund ansprach. Seine steten Reden bildeten ein buntes Gemisch von Klarheit und Unklarheit und bewegten sich nur in einem engen Rahmen von geschäftlichen Angelegenheiten. Infolge gesteigerter Unruhe musste der Kranke am 8. März dauernd

ausser Bett belassen werden. Das Sensorium wurde nach und nach freier, er erkannte jetzt auch seinen Hausarzt, zeigte jedoch noch nicht das geringste Krankheitsbewusstsein, sondern kam immer wieder darauf zurück, er müsse sofort nach dem Comptoir. Um zu seinem Ziele zu gelangen, gebrauchte er seinem Wärter gegenüber die verschiedensten Ausflüchte und suchte dessen Aufmerksamkeit auf alle nur erdenkliche Weise abzulenken. Wurde ihm in diesen Tagen Nahrung gereicht, so wies er sie energisch von sich, er nahm sie jedoch in ausreichender Menge, sobald sie scheinbar achtlos auf seinem Tische zurückgelassen wurde. Aus dem r. Ohr entleerten sich später geringe Mengen eines trüben Secretes. Schlaf konnte nur auf Stunden durch Injektionen von 0,015—0,02 Morph. mur. erzeugt werden. Am 13. März wurde der Kranke, der dauernd unruhig geblieben war, in die vorher genannte Anstalt überführt.

Status: Mittelgrosser Mann von kräftigem Knochenbau, mässig gutem Ernährungszustande. Das rechte untere Augenlid ist suggillirt; auf dem etwas geschwollenen rechten Handrücken befinden sich einige verschorfte oberflächliche Wunden.

Die Herztöne sind rein; etwas klopfender zweiter

Aortenton. Herzaktion zuweilen, ebenso wie Puls aussetzend; Puls voll, etwas unregelmässig, Arterie gespannt.

Brust- und Bauchorgane weisen im übrigen nichts Abnormes auf. Temperatur normal. Urin ohne Eiweiss und Zucker. Zunge etwas belegt; foetor ex ore. Facialisparese linkerseits; die Zunge wird gerade, etwas zitternd herausgestreckt.

Pupillen: mehr als mittelweit, rechts > als links, reagiren gut. Auch tiefere Nadelstiche fühlt der Kranke angeblich nicht. Reflexe normal.

P. zeigt sich bei der Aufnahme verwirrt, verkennt seine Umgebung, glaubt in den ihm unbekannten Ärzten alte Bekannte wiederzufinden. Die Erinnerung an den Unfall fehlt.

14. März: P. ist ziemlich unruhig und nur schwer im Bette zu halten, hat kein Verständnis für seine Lage.

15. März: Schlaf nach 4 g Amylenhydrat per clysma leidlich; P. verlangt ständig nach seinen Kleidern, spricht fast gar nicht von andern Dingen, verlangt zuweilen seine Frau, Schwiegersöhne oder seinen Hausarzt zu sehen, ist aber leicht zu beruhigen.

17. März: P. ist noch immer verwirrt; weiss nicht, wo er sich befindet und kann nicht genau angeben, wie er hierher gekommen ist. Er erinnert sich nicht des Unfalls und nur summarisch der darauf folgenden Tage.

18. März: P. wiederholt beständig den Wunsch, seine Kleider zu erhalten, aufzustehen, verlangt nach seinen Schwiegersöhnen oder seiner Frau. P. ist nicht im stande, richtige Angaben über seine Familie etc. zu machen. Er hält sich aber trotzdem für vollständig gesund. P. ist etwas ruhiger und leichter im Bette zu halten.

19. März: P. ist ein wenig besinnlicher geworden, glaubt sich des Unfalls bereits erinnern zu können; erkennt die Ärzte, ohne jedoch ihre Namen behalten zu können; ist noch wenig über den Ort und Zweck seines Aufenthalts orientiert. Sein einziger Wunsch ist: aufzustehen. Schlaf leidlich, Verdauung geregelt.

25. März: P. ist orientirt über seine Umgebung; giebt sachgemässe Antwort auf Fragen über seine persönlichen Verhältnisse und den erlittenen Unfall. Von letzterem jedoch bis zur Aufnahme in die Anstalt fehlt die Erinnerung. Die Parese des Facialis und Hypoglossus der linken Seite hat abgenommen.

Pupillendifferenz geringer, aber noch deutlich. Der körperliche Kräftezustand hat sich gehoben, Schlaf gut.

29. März: Status idem; P. wird entlassen.

Nachzutragen wäre bei dieser Krankengeschichte noch, dass nach den Angaben des Hausarztes der Patient, der schon wenige Wochen nach der Entlassung seine frühere geistige Frische wiedererlangte und wie zuvor geschäftlich thätig sein konnte, sich bis heute noch der blühendsten Gesundheit erfreut.

Der vorstehende Fall weist besonders hinsichtlich der Form der psychischen Erkrankung eine auffallende Uebereinstimmung mit dem v. Bergmann'schen Falle auf. Ähnlich wie in diesem tritt als hervorstechendstes Symptom des ganzen Krankheitsbildes eine vollkommene Sinn- und Zwecklosigkeit in der Handlungsweise des Kranken hervor: Ohne Einsicht und Verstand drängt er dem einen Ziel, um das allein noch sein beschränktes geistiges Leben sich dreht, und das — vielleicht nur ganz zufällig — von ihm ins Auge gefasst worden ist, zu; nicht wie ein homo sapiens, sondern wie eine Maschine, die unbeeinflusst durch die sich ihr entgegenstellenden Hemmnisse ihren Lauf zu vollenden sucht. Was Wunder, dass ein

solcher Mensch, dessen Geist wie mit undurchdringlichem Harnisch umgeben, bei dem völligen Mangel nicht bloss alles Combinations-, sondern auch Perceptionsvermögens selbst den eindringlichsten Vorstellungen gegenüber unempfänglich bleibt und allen Versuchen, ihn zur Vernunft zu bringen, nur sein stereotypes: „Ja, ja, also gebt mir die Kleider; ich muss nach dem Comptoir“ entgegensetzt. Sieht man nun gar zu anderen Zeiten diesen selben Kranken, wie hier, fast bewegungslos im Bette liegen, mit blödem Gesichtsausdruck, den Blick stumpf und glanzlos stets an einen Punkt geheftet, so wird ein jeder bekennen müssen, dass es kein charaktisterischeres Bild einer acuten Demenz geben könne, als das vorliegende. Zur gleichen Annahme kann er übrigens auch auf dem Wege per exclusionem gelangen, wenn wirklich noch Zweifel bei ihm vorhanden: Sämmtliche organischen Psychosen können, da auf nicht leicht reparablen Hirnveränderungen beruhend, hier ausgeschlossen werden; Hallucinationen haben zu keiner Zeit bestanden; an Manie oder Paranoia ist dem ganzen Symptomencomplexe nach wohl kaum zu denken; was bliebe sonach anders übrig, als die Annahme einer acuten Demenz?

Eine solche ist wohl mit Sicherheit auch in dem v. Bergmann'schen Falle vorhanden. Ob aber die 6 anderen oben berichteten Fälle hierher oder wohin sie überhaupt zu rechnen sind, das habe ich leider infolge der unzureichenden Angaben der Autoren nicht ermitteln können.

Neben dieser seelischen Störung weist unser Fall jedoch noch eine Anzahl greifbarer somatischer Veränderungen auf: Pupillendifferenz, Parese des Facialis und Hypoglossus, allgemein herabgesetzte Sensibilität und Schmerzempfindung der Haut. Wie sind diese, doch als organisch zu bezeichnenden Affektionen zu erklären? Unzweifelhaft stehen sie in keinem inneren Zusammenhange mit der rein funktionellen Psychose und repräsentiren sie vielmehr nur ein accidentelles Moment, bedingt durch unbedeutende Blutextravasate oder Circulationsstörungen im Umkreise der betreffenden Parthieen.

Damit sind wir bei einer Frage angelangt, deren Beantwortung wir uns nun nicht mehr entziehen können, der Frage nach der anatomischen Grundlage der beschriebenen Störungen.

Dass das Trauma capitis einzig und allein als Ursache für die sogleich darnach ausbrechende

Geisteskrankheit anzusehen ist, bedarf wohl kaum des Beweises; denn noch ist es nicht beobachtet worden, dass bei einem zuvor vollkommen gesunden und erblich nicht belasteten Individuum ein blosser psychischer Insult, wie Schreck über das Durchgehen von Pferden, eine acute Hirnkrankheit zur Folge gehabt hat. Nehmen wir nun die Fractura baseos cranii als bestehend an, so gäbe es eigentlich nur zwei Annahmen, die die Psychose zu erklären im stande wären: Hirndruck und Hirnerschütterung. Ersteren hätte man sich in der Weise zu stande kommend zu denken, dass das aus dem frakturirten Knochen oder einem verletzten Hirngefäss ausströmende Blut sich allmählich unter der Dura cystenartig ansackt und so raumbeengend auf das Hirn wirkt. Sollte dies aber an der Basis des Gehirns ohne schwere Begleiterscheinung seitens der Nerven vor sich gehen können? Und als solche ist eine leichte Facialis- und Hypoglossusparese doch wohl nicht zu betrachten. Zudem aber will mich bedünken, das eine Cyste von nur nennenswerter Grösse sich nicht mit der Schnelligkeit zurückbilden könne, mit der hier die psychischen Reizerscheinungen verschwunden waren. Mit der Annahme einer Hirnerschütterung

würde jedoch nicht bloss das plötzliche Auftreten, sondern auch das allmähliche Abklingen der psychischen Störung zur Genüge erklärt sein.

Fischer giebt als charakteristisches Symptom der Hirnerschütterung Coma an, welches jäh nach dem Trauma eintritt, ohne Lähmungen besteht und nach kürzerer oder längerer Zeit schwindet, ohne wesentliche Störungen zurückzulassen. Dann fährt er fort: „Bestehen dagegen Lähmungserscheinungen, so wird man immer sicherer gehen, wenn man eine Compressio cerebri annimmt". Was durch die Commotio cerebri gesetzt wird, ist nach den Untersuchungen von Goltz und Fischer weder eine grob anatomische noch eine molekuläre Verschiebung und Veränderung der Hirnelemente, es ist vielmehr eine durch Reflexlähmung der Hirngefässe hervorgerufene Circulationsstörung der Rindensubstanz.

Eine solche betrachtete Wille schon als Ursache in den von ihm beobachteten Fällen, eine solche glaube auch ich für die Deutung unseres Krankheitsfalles annehmen zu können.

Ehe ich die Arbeit schliesse, ist es mir noch eine angenehme Pflicht, auch an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. Mendel für die Anregung zu dieser Arbeit und mancherlei Unterstützung bei deren Anfertigung, sowie den Herren Dr. A. Oliven und Dr. Stern für die gütige Ueberlassung der Krankengeschichte meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Amelung und Bird, Beiträge zu der Lehre von den Geisteskrankheiten. Darmstadt und Leipzig 1832.
2. v. Bergmann, Über die Lehre von den Kopfverletzungen. (Deutsche Chirurgie von Pitha und Billroth. Bd. 30.)
3. Fischer, Über die Commotio cerebri. (Volkmann's klinische Vorträge 27.)
4. P. Guder, Die Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Jena 1886.
5. Hartmann, Über Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. (Arch. f. Psych. XV. S. 98.)
6. Huguenin, Ziemssen's Handbuch XI, 1.
7. v. Krafft-Ebing, Handbuch der Psychiatrie.
8. v. Krafft-Ebing, Über die durch Gehirnerschütterungen und Kopfverletzungen hervorgerufenen psychischen Krankheiten. Erlangen 1868.
9. Kratter, Mitteilungen aus dem forensischen Institute zu Innsbruck. (Friedreich's Blätter 1889.)
10. Schlager, Die infolge von Kopfverletzungen sich entwickelnden Geistesstörungen. (Zeitschr. d. Ärzte zu Wien 1857. VII u. VIII.)
11. O'Brien, Schmidt's Jahrbücher 1884, No. 11. S. 195.
12. Schüle, Handbuch der Geisteskrankheiten.
13. Skae, On insanity caused by injuries to the head and by sunstroke. (Edinb. med. Journ. 1866.)
14. Wille, Über traumatisches Irresein. (Arch. f. Psych. Bd. VIII. S. 219.)

Thesen.

I.

Für die Entstehung der progressiven Paralyse ist Lues nicht als einziges aetiologisches Moment anzuschuldigen.

II.

Die bei uns geübte Controle der Prostituirten ist in keiner Beziehung ausreichend.

III.

Es wäre im Interesse der Krankenpflege dringend wünschenswert, dass das Krankenwartepersonal zur Anschaffung von Dienstbüchern verpflichtet würde.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Moriz Borchardt, jüd. Religion, Sohn des Lehrers S. Borchardt, ist geboren zu Exin in Posen am 27. September 1868. Seine Vorbildung erhielt derselbe auf den Gymnasien zu Schrimm, Rogasen und Ostrowo, welch letzteres er Ostern 1887 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Dann widmete er sich dem medizinischen Studium an der Königlichen Universität zu Berlin, woselbst er Ostern 1889 die ärztliche Vorprüfung, Ostern 1892 das Staatsexamen und im August desselben Jahres das Examen rigorosum absolvirte. Nach beendetem Studium beschäftigte er sich als Assistenzarzt ca. 1 Jahr lang in der Privatirrenanstalt von Dr. A. Oliven zu Pankow, 2 Monate im „Kurhause“ zu Hamburg und später 3 Monate in der Privatirrenanstalt von Dr. Waldschmidt und Dr. Weiler zu Westend.

Während seiner Studienzeit hörte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren.

v. Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Fasbender, A. Fränkel, Gerhardt, Gusserow, Hartmann (†), Helmholtz, Hertwig, v. Hofmann (†), J. Israel, Joseph, Klemperer, Krabbe, Langgaard, Lazarus, L. Lewin, Leyden, Liebreich, Mendel, H. Munk, J. Munk, Olshausen, Schulze, Schweigger, Sonnenburg, Strassmann, H. Virchow, R. Virchow, Waldeyer, Winter, J. Wolff.

Allen diesen seinen verehrten Lehrern spricht der Verfasser hiermit seinen wärmsten Dank aus.